

(申請先)

年 月 日

桑名市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号	
	個人番号	
生年月日		
住 所	〒	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先	
入所(院)年月日(※)	年 月 日(頃)～入所中 ・ ショートステイ利用 有(もしくは利用予定 有) ・ 無	

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。※注意事項(1)参照のこと	
配偶者に関する事項	フリガナ氏名		
	生年月日	個人番号	
	住 所	〒 連絡先	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額 <b>82.65万円以下</b> です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額 <b>82.65万円を超え120万円以下</b> です。				
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額 <b>120万円を超え</b> ます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計額は、各段階の定める上限額の範囲内です。				
		②単身 1,000万円以下 夫婦 2,000万円以下	③単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下	④単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下	⑤単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下	
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	( ) ※円 ※内容を記載してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 同 意 書

桑名市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、桑名市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

(申請先)

桑名市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	クワナ タロウ 桑名 太郎	被保険者番号	1234567890
		個人番号	000000000000
生年月日	昭和 X 年 X 月 X 日		
住 所	〒511-8601 桑名市中央町二丁目 37 番地	裏面の同意書の記入もお願いします	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 連絡先		
入所（院）年月日（※）	年 月 日（頃）～入所中 ・ ショートステイ利用 有（もしくは利用予定 有） ・ 無		

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 「有」の場合、世帯分離や別居をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。	
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名	クワナ ハナコ 桑名 花子	
	生年月日	昭和 X 年 X 月 X 日	個人番号 999999999999
	住 所	〒511-8601 桑名市中央町二丁目 37 番地	連絡先 0594-24-1170
	本年 1 月 1 日 現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 配偶者がいる方は、その配偶者の個人番号および課税状況の記入をお願いします。	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	非課税年金収入のある方は、該当する年金に○をつけてください。ただし、恩給の場合は記入不要です。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と（遺族年金※・障害年金）収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額 82.65 万円以下です。（受給している年金に○をして下さい。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額 82.65 万円を超え 120 万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額 120 万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計額は、各段階の定める上限額の範囲内です。※預貯金等の写しは別紙の通り			
		単身 1,000 万円以下	単身 650 万円以下	単身 550 万円以下	単身 500 万円以下
		夫婦 2,000 万円以下	夫婦 1,650 万円以下	夫婦 1,550 万円以下	夫婦 1,500 万円以下
	預貯金額 1,351,567 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む) (現金)※ 10万 円 ※内容を記入してください	

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です。

申請者氏名	桑名 一郎	書類の不備等で連絡させていただく場合がありますので必ずご記入ください。	連絡先（自宅・勤務先） 0594-24-1170
申請者住所	〒511-8601 桑名市中央町二丁目 37 番地		本人との関係 子

## 注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

# 同意書

桑名市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、桑名市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 X 年 X 月 X 日

本人以外の方が代筆される場合、  
代筆者の氏名の記入をお願いします。

<本人>

住所 桑名市中央町二丁目 37 番地

氏名 桑名 太郎

代筆 桑名 一郎

<配偶者>

住所 桑名市中央町二丁目 37 番地

氏名 桑名 花子

配偶者がいる方は、必ず記入  
をお願いします。